



Sommaire

édito

page 1

Actu

page 2

Présentation de l'avenant 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

En pratique

page 3 & 4

L'HAD en Guadeloupe

Stat's

page 4

Agenda

page 4

édito

Parmi tous les départements français, la Guadeloupe compte parmi ceux qui sont les plus dotés en nombre de structures d'HAD (Hospitalisation A Domicile), celles-ci sont implantées sur tout le territoire.

Le recours à ce type de structure est strictement encadré. Par ailleurs, le rôle du médecin traitant, pivot du dispositif et prescripteur de ce mode d'hospitalisation, reste méconnu quoique très important.



Ce numéro d'INFO-PS est l'occasion de rappeler quelques règles qui régissent leur fonctionnement.

Nous vous présenterons également les principales dispositions de l'avenant N°3 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes qui a été publié au JO du 14 janvier 2012. Il tend à moderniser les rapports entre l'Assurance Maladie et cette profession, tout en assurant une meilleure répartition de celle-ci sur le territoire afin de faciliter l'accès aux soins aux assurés sociaux dans le domaine de l'ostéopathie.

Enfin, des informations les plus diverses vous seront fournies.

Bonne lecture

Eddy BROUSSILLON

Directeur de la Santé et de l'Action Sociale

REVALORISATION

Pluie de revalorisations (ciblées) pour les cliniciens

Les tarifs de plusieurs spécialités sont revalorisés à effet du 23 mars 2012.

- assouplissement du C2 consultant (CS de synthèse après bilan complémentaire)
- création d'une majoration MPE de 3 euros pour les consultations des pédiatres chez les enfants de 2 à 6 ans

Pour plus de précisions se référer à la décision UNCAM du 20 décembre 2011 publiée au JO du 21 février 2012.

Info PS : Le bulletin d'information de la CGSS Guadeloupe à l'attention des professionnels de la santé

Directeur de la publication : Henri YACOU - Rédacteur en chef : Béatrice RESID

Rédacteur en chef adjoint : Eddy BROUSSILLON - Secrétaire de rédaction : Francine BADE

Comité de rédaction : Francine BADE, Jean-Pierre CHEVRY, Fanny CHOVIINO, Jeanine COPPRY, Gladys ELICE, Nicole GEROMEGNACE, Johanna MATHEAU, Karina MATOU, Jean-philippe MIROT, Katia MOUNICHY-RILCY, Léna OGOLI

Conception graphique : David ROCHEMONT - Photos : Dominique DESCIEUX-REYNOSO

Contact : infops@cgss-guadeloupe.fr



Présentation de l'avenant 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

- Cet avenant a été signé le 30 novembre 2011 entre l'UNCAM et la Fédération Française des Masseurs-kinésithérapeutes Rééducateurs
- Il a été approuvé par un arrêté ministériel en date du 10 janvier 2012 et publié au JO du 11 janvier 2012
- Cet accord comporte:
 - 1) des mesures structurantes pour la profession dans un double objectif d'amélioration de l'accès aux soins et d'efficience de la prise en charge
 - 2) Une simplification administrative
 - 3) Des dispositions facilitant la dématérialisation
 - 4) Une revalorisation tarifaire

1) Des mesures structurantes pour la profession

Il est prévu un dispositif de régularisation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Un zonage défini selon un maillage et une méthodologie précise, élaborés par les partenaires conventionnels, sera repris par les ARS dans les arrêtés définissant les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

- En « **zones sur dotées** », l'accès au conventionnement d'un masseur-kinésithérapeute est conditionné par la cessation d'activité définitive d'un confrère.
- Les incitations au conventionnement ou au maintien en **zones « très sous dotées »** et « **sous dotées** » conduisent à la signature d'un « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute »
- Le masseur-kinésithérapeute éligible au contrat pourra:
 - Percevoir une indemnité de 3000,00 € par an pendant 3 ans
 - Bénéficier d'une prise en charge intégrale de ses cotisations sociales (Allocations familiales)
- Afin de tenir compte du cas particulier des étudiants non encore diplômés lors de la publication de l'avenant, des dispositions transitoires sont prévues pour le conventionnement en zones « sur dotées »
- Afin d'améliorer l'efficience de la prise en charge des patients et d'harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire, l'accord prévoit:
 - Des référentiels de soins validés par l' HAS, dans le champ ostéoarticulaire

- La mise en place d'un dispositif organisant le retour à domicile du patient hospitalisé suite à une intervention orthopédique, et leur prise en charge par des professionnels de santé libéraux, dès que cela sera possible.

2) Une simplification administrative

- L'accord intègre également des dispositifs visant à poursuivre la démarche de simplification administrative. L'avenant prévoit:
 - La suppression des DAP (Demande d'Accord Préalable) à partir de 30 séances, ne réservant les accords préalables qu'aux seules situations soumises à référentiel HAS
 - Cette suppression n'entrera en vigueur qu'après publication de la décision de l'UNCAM supprimant cette obligation.

3) Des dispositions facilitant la dématérialisation

- La numérisation des ordonnances, accompagnée de leur transmission dématérialisée aux Caisses d'Assurance Maladie, solution cible devant être intégrée dans les logiciels métiers des masseurs-kinésithérapeutes devrait alléger la transmission des pièces justificatives.
- La possibilité de réaliser des accords préalables en ligne dès la fin du 1er semestre 2012 est également prévue, et sera intégrée aux logiciels métiers des professionnels.

4) Une revalorisation tarifaire

- L'ensemble des mesures s'accompagne d'une revalorisation tarifaire:
 - Les lettres clé AMS, AMK, et AMC (Actes Masseur-Kiné) passent à 2,15 euros en France métropolitaine et à 2,36 euros dans les Départements d'Outre-mer.
 - Ces revalorisations tarifaires entreront en vigueur à compter du 15 juillet 2012 en France métropolitaine et dans les DOM.

Une campagne sera menée au mois de mai 2012 auprès des masseurs-kinésithérapeutes, par les Délégués de l'Assurance Maladie, pour expliciter cet accord.



L'HAD en Guadeloupe

Un bref rappel de la réglementation :

L'hospitalisation à domicile communément appelée HAD, est reconnue modalité d'hospitalisation par la loi HPST en son article 2. On ne parle plus d'alternative à l'hospitalisation ; c'est un établissement de santé de fait.

Elle concerne des malades de tous âges atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en hospitalisation complète.

Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation lorsque la prise en charge à domicile est possible. L'admission en HAD est obligatoirement soumise à prescription médicale et doit recueillir l'accord explicite du patient ou de son représentant, et du médecin traitant.

Les soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes et la pluridisciplinarité des soignants.

Ne relèvent pas de l'HAD, les malades :

- dont les soins peuvent être assurés par des professionnels libéraux ou/et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).
- qui n'ont pas besoin de la logistique et de la coordination assurées par l'HAD.
- dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de spécificité de leurs soins, ou de l'aggravation ou de l'instabilité de leur état.

Ne doivent pas être assimilés à de l'HAD :

- Le maintien à domicile des personnes âgées.
- Les réseaux (même si l'HAD peut en faire partie).
- Les prestataires de matériel médical.
- Les services à la personne.

Rappel sur le rôle des médecins :

Le médecin traitant : ≈ libéral, il est le pivot dans l'organisation de l'HAD

- rétribué par l'HAD si elle est publique et « PSPH » (Participant Service Public Hospitalier), par l'Assurance Maladie si elle est privée
- est responsable de la prise en charge du patient pour lequel il assure le suivi médical, la surveillance des soins.
- adapte si nécessaire les traitements et peut faire intervenir un médecin spécialiste.

- est responsable de son diagnostic et de ses prescriptions. Il participe au travail d'élaboration du protocole de soins piloté par le médecin coordonnateur.

Pour l'admission en HAD, le médecin traitant désigné par le malade est obligatoirement sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD. Il donne son aval à l'hospitalisation par la signature d'un accord de prise en charge qui lie avec l'équipe de soins du service d'HAD.

Pour la décision de sortie du patient, le médecin traitant : est sollicité par le médecin coordonnateur qui signe cette décision, demande, lui-même, de mettre fin à l'hospitalisation avant terme s'il considère que celle-ci n'est plus adaptée à l'état de santé du patient.

Le médecin coordonnateur : rétribué par l'HAD, salarié ou mis à disposition, est responsable de la prise en charge globale du patient, régule l'interface, coordonne les professionnels et les structures d'amont et d'aval afin de faciliter la continuité de la prise en charge.

L'importance du dossier patient

Le dossier médical est obligatoire pour chaque patient hospitalisé.

Il doit contenir la traçabilité de chaque acte pour permettre d'assurer le suivi médical et justifier le codage des actes et de la facturation des Groupes Homogènes de Tarif.

L'ensemble des éléments justifiant les modalités de prise en charge doit figurer dans le dossier médical.

L'intervention des HAD dans les EHPAD

Les modes de prise en charge de l'HAD et leurs conditions de prise en charge sont limités.

Cette intervention garde un caractère exceptionnel et ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement.

Une convention doit être signée entre l'HAD et l'EHPAD et transmise à la caisse, à l'ARS et au Conseil Général.

Pour chaque patient, elle prévoit un protocole d'accord nominatif d'intervention, un accord personnalisé de soins et un accord sur les médicaments.



En pratique

Les HAD de Guadeloupe

ETABLISSEMENTS	ZONES D'INTERVENTION	ORIENTATIONS
Centre Médico Social	Basse-Terre, Saint-Claude, Baillif, Gourbeyre, Vieux-Habitants, Trois-Rivières, Vieux-fort, Les Saintes	Maintenir les patients âgés ou en fin de vie à domicile avec pour orientation : -Soins palliatifs -Soins à orientation cancérologique
Hôpital Local de Capesterre Belle-Eau	Petit-Bourg, Goyave, Capesterre BE, Gourbeyre, Trois-rivières, Les Saintes	Patients âgés de plus de 60 ans présentant une polyopathie nécessitant des soins complexes
Centre Gérontologique du Raizet	Abymes, Gosier, Pointe-à-Pitre, Baie-Mahault	Personnes âgées de plus de 70 ans présentant une Pathologie évolutive ou non stabilisée dont l'état justifie une hospitalisation complète
CHU de Pointe-à-Pitre / Abymes	Abymes, Gosier, Pointe-à-Pitre, Baie-Mahault, Lamentin	Places à orientation de soins palliatifs Patients atteints de pathologie chronique lourde
CH LD Beauperthuy	Deshaies, Pointe-Noire, Bouillante, Vieux-habitants	Patients atteints de pathologie chronique lourde
Clinique Choisy	Abymes, Gosier, Pointe-à-Pitre, Baie-Mahault, Sainte-Anne, Saint-François	Patients atteints de pathologie chronique lourde, soins palliatifs
Clinique Les Eaux Claires	Baie-Mahault, Lamentin, Deshaies	Patients atteints de pathologie chronique lourde
Clinique Les Nouvelles Eaux Marines	Le Moule, Morne-à-l'eau, Petit-canal, Anse-Bertrand	Patients atteints de pathologie chronique lourde, soins palliatifs exceptionnellement
HAD Iles du nord	Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Patients atteints de pathologie chronique lourde, soins palliatifs
GCS de Marie Galante (Structure non ouverte)	Grand-Bourg, Capesterre, St Louis	Patients atteints de pathologie chronique lourde, soins palliatifs exceptionnellement

(Source : ARS)

Quelques chiffres de l'activité de 2011 (Source : e-PMSI):

Nombre de patients pris en charge : **838**

Nombre de journées de présence : **10811**

Soins palliatifs MPC principal : **18,81 %**

Indice de Karnofsky (tous modes de prise en charge) : **20 à 40**

(Rappel : Karnofsky à 10 concerne les mourants)



Stat's

Evolution des dépenses de ville hors SLM au 31/12/11 **3,3 %**

Nombre de PS en télétransmission au 29/02/2012 **1917**

Taux d'adhésion à Sésam/Vitale au 29/02/2012 **77%**

Taux de générique au 31/01/2012 **62,10%**

Nombre de visites des DAM au 31/12/2011 **2276**

Nombre d'échanges confraternels au 31/12/2011 **659**

Nombre de praticiens adhérents à Espace Pro au 29/02/2012 **193**

23/04/2012 Commission de Concertation Locale des Taxis

26/04/2012 Commission Paritaire Locale des Pharmaciens

03/05/2012 Commission Paritaire Régionale des Biologistes

14/05/2012 Commission Paritaire Départementale des Infirmiers

04/06/2012 Commission Paritaire Régionale des Sages-femmes

14/06/2012 Commission Paritaire Locale des Pharmaciens

Agenda